

после окончания лечения. В контрольной группе полной регрессии удалось достигнуть у 24 больных (60%), частичной - у 11 (40%). В основной группе у 21 пациента (69%) и 14 (31%) соответственно.

По сравнению с традиционными методами лечения

использование МХТ и ПХТ не приводит к увеличению сроков госпитализации и выраженности лучевых реакций при более выраженной регрессии опухоли при сроках наблюдения до 4-х недель. Следует продолжить поиск высокоэффективных и малотоксичных комбинаций цитостатиков.

ЦЕРУЛОПЛАЗМИН КАК ПРОТЕКТОР НАРУШЕНИЯ ЛЕЙКОПОЭЗА ПРИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Д.Д. Сакаева

Бакирский республиканский онкологический диспансер, Уфа.

Задачей исследования явилось изучение протекторных свойств препарата церулоплазмина (ЦП) в условиях исходной токсической лейкопении (ТЛ) II степени при продолжающейся полихимиотерапии (ПХТ) злокачественных опухолей.

Материалы и методы. С ноября 1995 г. по февраль 2002 г протекторный эффект ЦП изучен у 457 больных с исходной ТЛ II степени, индуцированной ПХТ злокачественных лимфом (222 больных) и солидных опухолей (235 больных). Средний возраст больных составил 49 ± 22 лет. Пациенты с генерализованными стадиями заболевания составили 64,2%. ТЛ препятствовала началу очередного курса химиотерапии. ПХТ по программам: СОРР-ABVD, ABVD, CVRP, CNOP, CAF, FAC, CP проводилась "под прикрытием" ЦП, начиная с первого дня введения цитостатиков.

ЦП вводился в дозе 2-4 мг/кг в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия в вену капельно со скоростью 30 капель в минуту в течение 7 дней. Протекторное влияние оценивали по динамике числа лейкоцитов (Л) и абсолютного числа гранулоцитов (Г) в периферической крови, по срокам их нормализации от начала введения ЦП с учетом

побочных эффектов.

Результаты. Выявлено, что введение ЦП с профилактической целью, вместе с началом ПХТ, позволяло продолжать её с необходимой интенсивностью и в запланированные сроки без углубления ТЛ. Исходный уровень (Л) составлял $2,4 \pm 0,18 \times 10^9/\text{л}$, на 2-4 сутки $-3,2 \pm 0,13 \times 10^9/\text{л}$, по завершении курса (на 7 сутки) $-2,86 \pm 0,12 \times 10^9/\text{л}$ без дальнейшего снижения. Наблюдалась защита и умеренная стимуляция гранулоцитопоэза. При исходной гранулоцитопении II степени ($1,3 \pm 0,14 \times 10^9/\text{л}$) абсолютное число (Г) в первые 2-3 суток возрастало до $2,0 \pm 0,16 \times 10^9/\text{л}$, а затем снижалось до $1,7 \pm 0,15 \times 10^9/\text{л}$.

Среди побочных действий препарата нами отмечена гипертермия у 67% больных, в том числе с ознобами - у 28% (поддающаяся коррекции парацетамолом и димедролом), в 8% случаев - головокружение и головная боль.

Выводы. С учетом отсутствия лимитирующей токсичности при минимальных других побочных эффектах, ЦП расценивается нами как высокоэффективное средство профилактики ТЛ при химиотерапии злокачественных опухолей.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Таджиев Х.К., Таджибаева Ю.Т., Ахмедов О.М., Абдуганиева С.Р.
Республиканский Онкологический Научный Центр МЗ РУз, Ташкент

Рак шейки матки (РШМ)- заболевание весьма опасное для здоровья и жизни женщин. Опухоль встречается с неодинаковой частотой.

Основной причиной летальности от РШМ являются рецидивы рака, составляющие от 37 до 50% всех пролеченных больных. Поэтому остается актуальной проблема поиска путей повышения эффективности лечения у больных раком шейки матки.

Местнораспространенный рак шейки матки часто осложняется острым кровотечением и болевым синдромом. При этом часто применяется хирургическое лигирование внутренних подвздошных артерий. Перевязка внутренних подвздошных артерий хирургическим путем является травматичным, кроме того, вызывает быстрое развитие коллатералей и нередко сопровождается рецидивом кровотечения.

Одним из современных методов повышающих эффективность лечения местнораспространенных форм рака шейки матки являются рентгенэндоваскулярные вмешательства с селективной эмболизацией и химиоэмболизацией передних ветвей внутренних подвздошных артерий.

В настоящее время в РОНЦ МЗ Республики Узбекистан с целью внедрения малоинвазивных методов лечения местно-распространенных форм рака шейки матки у 5 больных проведена эмболизация передних ветвей внутренних подвздошных артерий (ВПА). У всех больных наблюдались постгеморрагическая анемия 4 степени тяжести и выраженный болевой синдром.

У 2 больных в связи с тяжелым общим состоянием произведена двухсторонняя острая эмболизация передних ветвей ВПА, и у 3 больных после проведения предвари-

тельной общеукрепляющей терапии произведения двухсторонняя химиоэмболизация доксорубицином 40 мг/м² переносимых ветвей ВПА.

Всем больным после проведения эмболизации и химиоэмболизации, учитывая выраженный некроз и интоксикацию, проводили усиленную антибактериальную, дезинтоксикационную и иммуностимулирующую терапию.

После проведенных эмболизаций и химиоэмболизации

у всех больных наблюдалось моментальная остановка кровотечения, с последующим уменьшением и исчезновением болевого синдрома. За короткий период была отмечена регрессия опухоли на 20-50%, что дало возможность проведения радикального курса сочетанной лучевой терапии.

В свете полученных результатов в нашем Центре продолжается внедрение данных методик у больных с местнораспространенными формами рака шейки матки.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛИЦИФОНОВОЙ МАЗИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Р.Ш. Хасанов, В.Р. Гильмутдинова, Р.С. Гараев, А.Р. Уткузов, В.Т. Куклин
Клинический онкологический диспансер МЗ РТ,
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

Глицифон – диглицидиловый эфир метилфосфоновой кислоты, является представителем фосфорсодержащих эпоксидов. Нами проведена оценка эффективности и безопасности применения глицифоновой мази при базально-клеточном раке кожи.

Проведено лечение 80 больных с базально-клеточным раком кожи, из них 29 пациентов с первично-множественными опухолями (количество опухолевых очагов – от 2 до 17). Каждый случай верифицирован цитологически. Лечение осуществлялось 30% глицифоновой мазью производства КППХФ «Татхимфармпрепараты».

Мазь слоем 2-3 мм наносили на поверхность опухоли ежедневно, однократно, а при множественным опухолям одновременно на все очаги. Контакт с мазью продолжался 6 или 24 часа. После 3-5 аппликаций образовывалась некротическая ткань, которая убиралась тупым путем. Критерием полноты излечения служило отсутствие в ложе опухоли бластоматозных клеток, что подтверждалось повторными цитологическими исследованиями. После завершения лечения часто образовывался дефект кожи (язва, эро-

зия), на который накладывали 10% метилурациловую мазь для ускорения репаративных процессов. Лабораторные исследования показали, что лечение глицифоновой мазью не сопровождается гематологическими, биохимическими и иммунологическими изменениями.

Нами выявлено, что сокращение ежедневной экспозиции мази до 6 часов, вместо 24, предусмотренных инструкцией, значительно снижает интенсивность местных побочных эффектов при сохранении эффективности лечебного действия. Местные побочные эффекты ослабляются глюкокортикоидом бетаметазоном, противовоспалительным средством димефосфоном для ликвидации эритемы, лидокаином и анестезином для обезболивания. Не выявлено положительного эффекта при применении димедрола для купирования местных эффектов.

Количество аппликаций, необходимых для достижения лечебного эффекта, зависит от типа опухоли, количества и размеров очагов – от 20 до 28.

Больные прослежены в срок от 6 месяцев до 5 лет. Только у одной больной выявлен рецидив одного очага из восьми.

СТРУКТУРА СВЕРДЛОВСКОГО ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА, ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Директор Свердловского областного онкологического диспансера Шаманский В. Б.

Ввод в строй нового онкологического центра в 2000г., построенного в рамках Губернаторской программы, при непосредственном участии Губернатора Свердловской области Росселя Э.Э., оснащение его современным оборудованием в сочетании с богатым опытом и высокой профессиональной подготовкой сотрудников, дал возможность реализовать одну из главных задач – внедрение современных технологий обследования и лечения онкологических больных в соответствии с мировыми стандартами. Новая лечебная база позволила увеличить объем оказания специализированной онкологической помощи более чем в 1,5 раза.

Ежегодно выписывается более 12 тысяч больных, оперируется более 4,7 тыс. онкологических больных в год,

амбулаторных посещений более 134,0 тыс. в год, получают лучевую терапию более 3,5 тыс. человек, в т.ч. в стационаре более 2,8 тыс. химиотерапевтическое лечение получают более 3,0 тыс. человек в год, более 59% больных пролечено из прикрепленных районов. Специалистами центра «Онкология» оказывается помощь районным онкологам в виде консилиума для диагностики и определения тактики лечения больных.

Клинические стационарные отделения оказывают высокоспециализированную онкологическую помощь. В настоящее время функционирует 14 отделений, каждое из которых представлено специализированным приемом в консультативной поликлинике на 480 посещений в смену, оказывающей консультативную и диагностическую по-